

pendant la période aiguë d'une otite, sous peine de voir l'exsudat liquide se transformer en sécrétion purulente, et la perforation du tympan se produire très rapidement. On se bornera donc, pendant cette période, à prescrire des fumigations nasales faites avec de la décoction de racine de guimauve, ou mieux encore des plantes aromatiques (thym, romarin, etc.). Ces fumigations seront faites, suivant les cas, matin et soir, pendant huit à dix minutes. L'application d'un révulsif (chlorure de méthyle, vésicatoire) à l'apophyse mastoïde, constitue également un excellent traitement résolutif, mais il faut avoir le soin de recommander aux parents de l'appliquer bien en arrière de l'oreille, *sur l'apophyse*, et de préférence pendant le jour, de manière à ne pas s'exposer à le voir descendre peu à peu jusque sur le cou, et produire une vésication au niveau de la région parotidienne et non sur le point où on désirait agir. Le vésicatoire doit être généralement laissé, suivant l'âge des enfants, de 8 à 10 heures; enlevé ensuite et pansé à la vaseline boriquée.

La plupart des auteurs recommandent aussi de pratiquer la douche d'air par le procédé dit de Politzer. Mais, à notre sens, cette douche a l'inconvénient grave de refouler dans le conduit tubaire les produits septiques existant dans le naso-pharynx et de transformer une otite moyenne catarrhale simple en otite suppurée. Nous ne comprenons l'utilité de l'insufflation, dans ces cas, que si l'on pratique au préalable la paracentèse de la membrane tympanique, afin de donner issue au liquide contenu dans la caisse. Si l'enfant est assez grand pour supporter l'insufflation avec le cathéter, nous préférons ce dernier moyen à l'insufflation avec la poire, parce qu'il est beaucoup plus actif et permet d'éliminer plus sûrement au dehors le liquide contenu dans la cavité tympanique.

Si la tension du tympan est exagérée et les douleurs vives, le traitement de choix est évidemment l'incision large de la membrane tympanique qui doit être faite dans le segment inférieur, à la partie antérieure ou postérieure. Il est utile, au préalable, de bien aseptiser le conduit, à l'aide de lavages au sublimé ou à l'alcool boriqué. Il n'est pas besoin d'ajouter que le bistouri lancéolaire ou autre, employé pour faire l'incision, doit être stérilisé, et que l'on doit prendre ici les précautions aseptiques habituelles.

Après la paracentèse, on devra faire une insufflation d'air par la trompe, et il sera même parfois utile de faire, dans le conduit, une injection d'eau tiède saturée d'acide borique. De la ouate boriquée ou tout au moins hydrophile sera placée ensuite à l'entrée du conduit, et souvent renouvelée si la sécrétion séreuse continue à s'écouler par l'orifice pratiqué au tympan. Il faudra également faire, le lendemain et pendant les jours qui suivront, une insufflation avec la poire ou le cathéter, de manière à bien vider la caisse des produits qui tendraient à s'y accumuler.

Une fois l'otite guérie, on examinera le naso-pharynx de l'enfant, pour s'assurer de son intégrité ou des altérations pathologiques qu'il y aurait lieu de traiter par des moyens appropriés, pour éviter le retour des accidents.

II. — OTITE MOYENNE AIGUË SUPPURÉE.

Nous ne reviendrons pas sur l'étiologie qui est la même que celle décrite dans le chapitre précédent (p. 529).

A) *Symptômes fonctionnels.* — Dans la forme suppurative aiguë, les douleurs d'oreille, au lieu de durer seulement quelques heures, prennent un caractère d'intensité beaucoup plus considérable et sont également bien plus persistantes; elles arrachent aux enfants des cris de douleur non seulement toute la nuit, mais elles se prolongent pendant la journée et même plusieurs jours de suite, si l'intensité de la phlegmasie est considérable et que l'issue du pus tarde à se produire.

S'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un enfant tout jeune, au-dessous de 4 à 5 ans, on le voit, dans le premier cas, repousser le biberon ou le sein, parce que les mouvements de succion exaspèrent sa douleur; pour le second, le bruit violent, le froid l'impressionnent désagréablement et réveillent ses crises. La fièvre est toujours plus ou moins intense, et nous l'avons vue, chez certains enfants, persister pendant plusieurs jours, atteignant souvent, dans la soirée, 39°, 40° et même davantage. On peut considérer que pendant cette période douloureuse le thermomètre n'est jamais au-dessous de 39°, et oscille habituellement entre ce chiffre et 40°. C'est dans ces cas, surtout chez les jeunes enfants, que l'on voit survenir une série de troubles nerveux dus, soit à la compression, soit à l'irritation de l'axe cérébro-spinal. Car alors apparaissent des symptômes qui ressemblent, presque à s'y méprendre, à ceux de la méningite. Dans cette forme, en effet, non seulement la température est élevée, mais le pouls est accéléré, la perte de connaissance est presque complète, l'enfant agité pousse des cris violents pendant lesquels sa face se convulse. Les vomissements, souvent abondants, viennent encore donner à ce tableau toutes les apparences de l'inflammation méningée, hypothèse d'autant plus plausible que, généralement, il existe un gonflement des ganglions du cou et une raideur plus ou moins marquée de la nuque, parfois même du torticolis, surtout si la phlegmasie de l'arrière-gorge est très marquée. A cette période, les véritables crises convulsives ne sont pas rares; elles contribuent du reste à faire confondre l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne avec des phénomènes d'origine cérébrale, ou tout au moins méningée. Généralement, on peut dire que la plupart de ces otites moyennes suppurées à forme suraiguë sont méconnues chez les enfants en bas âge, et nous ne serions pas éloigné de croire qu'un certain nombre de soi-disant méningites, regardées comme guéries, n'ont été autre chose que de simples inflammations aiguës de l'oreille moyenne, car le tableau clinique symptomatique diffère peu dans les deux cas.

On conçoit que, si le sujet n'est pas assez âgé pour guider le médecin dans ses recherches, une erreur de diagnostic deviendra très facile, si l'on ne songe pas à la possibilité de pareils accidents et si l'on n'examine pas les oreilles de l'enfant. De même, lorsque dans la convalescence d'une fièvre éruptive, rougeole ou scarlatine, on voit rapidement la fièvre devenir intense

et des phénomènes douloureux apparaître, il faut songer à la possibilité d'une infection secondaire de l'oreille moyenne, très fréquente dans ces cas, sous peine de commettre encore une erreur de diagnostic pouvant être préjudiciable au malade.

Généralement, lorsque ces différents troubles fonctionnels ont duré un laps de temps qui varie de 1 à 3 ou 4 jours au maximum, suivant l'intensité de la phlegmasie et la résistance de la membrane tympanique, on voit tout à coup les phénomènes observés cesser presque brusquement, et l'une ou les deux oreilles se mettre à suppurer, ordinairement avec abondance. Si une seule des oreilles a laissé s'écouler au dehors les produits de suppuration contenus dans la caisse, il n'est pas rare de voir les douleurs reparaitre au bout de quelque temps, souvent avec la même intensité que précédemment, jusqu'au moment où se fait spontanément la perforation du deuxième tympan et l'écoulement au dehors de l'exsudat auriculaire.

B.) *Symptômes objectifs.* — Les symptômes objectifs varient un peu suivant la période à laquelle on examine le malade. En effet, si l'on a l'occasion de voir le tympan presque aussitôt après l'apparition des premières douleurs, on constate qu'il présente les signes que nous avons déjà décrits à propos de l'otite moyenne aiguë simple (exsudative). Toutefois, la saillie en masse de la membrane tympanique est ordinairement plus considérable, et il n'est pas rare de trouver, au milieu de la rougeur et de la vascularisation habituelles en pareil cas, une surface plus saillante, d'aspect jaunâtre, bulleuse, qui est le point au niveau duquel va se faire la rupture de la membrane. Cependant cette dernière peut être assez épaisse pour résister à la pression du liquide contenu dans l'intérieur de l'oreille, et, quoique faisant une saillie générale en masse, on ne voit pas de parties bulleuses, ni le point qui est destiné à se perforer. Habituellement, dans ces cas, non seulement le manche du marteau disparaît enveloppé au milieu des différentes couches du tympan fortement épaissi et œdématié, mais la membrane elle-même prend une teinte jaunâtre plus ou moins foncée, surtout lorsqu'il existe dans la caisse une collection déjà purulente qui ne demande qu'à se faire jour au dehors. A cette période, comme un peu plus tard du reste, la pression au niveau de l'apophyse mastoïde, et particulièrement vers la pointe, ou dans la région correspondant à la grande cellule, est extrêmement douloureuse, bien qu'il n'existe à sa surface ni rougeur, ni gonflement de la peau, par conséquent aucune espèce de symptôme mastoïdien ou péri-mastoïdien, pouvant faire songer à une lésion de cette cavité. Cette douleur existe non seulement avant que la perforation ne se produise, mais très souvent aussi lorsque l'écoulement du pus est déjà assuré. Il n'est pas douteux qu'il s'agit là d'une inflammation de la muqueuse tapissant cette cavité, qui est très souvent le premier stade d'une altération plus profonde. La persistance de ce point douloureux au niveau de l'apophyse mastoïde, sans obliger à une intervention active à ce niveau, intervention généralement inutile, mérite néanmoins d'appeler l'attention de l'observateur, parce que cette localisation douloureuse serait une indication formelle d'agir, si, l'écoulement purulent ayant cessé, la fièvre ne tombait pas d'une manière com-

plète, ou reparaitrait par périodes, avec des douleurs spontanées. Bien plus, l'existence d'un foyer douloureux au niveau de la pointe de l'apophyse, avec diminution très rapide de l'écoulement de l'oreille, doit faire craindre une complication, et, par conséquent, nécessiter une intervention sur laquelle nous aurons plus tard l'occasion de revenir.

Si l'on examine l'oreille au moment où la suppuration est déjà établie, on est habituellement étonné de voir la quantité de liquide séro-purulent qui s'écoule pendant les 3 ou 4 premiers jours; non seulement la ouate placée à l'entrée de l'oreille est tachée de matières purulentes ou même de sang, mais l'oreiller lui-même offre de larges taches se faisant pendant la nuit, si l'enfant repose du côté de l'oreille malade, fait le plus habituel. Il faut savoir que très souvent, au début, l'écoulement peut être franchement hémorragique, pour devenir ensuite séro-purulent ou purulent, l'hémorragie étant la conséquence de la rupture brusque de la membrane tympanique et de l'ouverture d'un petit vaisseau, ou de la congestion de l'oreille moyenne. Si on nettoie convenablement l'oreille du petit malade, à l'aide d'une injection et du porte-ouate, on peut alors se rendre compte de la région dans laquelle s'est faite la perforation tympanique, parce qu'il est habituel de voir aussitôt le pus venir sourdre à l'extérieur, par le pertuis artificiel créé dans la membrane. Généralement l'écoulement se fait avec des battements isochrones à ceux du pouls; ces battements, que le malade sent du reste très bien lui-même, et dont il se rend compte, sont toujours le signe d'une inflammation aiguë, car ils disparaissent au bout de quelques jours, même si la suppuration persiste.

La perforation tympanique occupe ordinairement le segment antérieur, mais elle peut siéger dans toute autre partie, même en haut et en arrière; ayant souvent la forme d'une fente, la perforation a besoin d'être recherchée attentivement pour être découverte, tant le tympan boursoufflé et les lèvres tuméfiées la cachent à la vue. Si l'on ne voyait pas le pus s'écouler sous la forme de battements dans un point quelconque, on pourrait s'assurer de l'existence d'une perforation en faisant pratiquer au malade l'expérience de Valsava (voir page 321) qui aurait le double avantage, à cette période, de vider complètement la caisse de l'exsudat qu'elle contient, et ensuite de montrer le point où s'est faite la déchirure et ses dimensions exactes, indication utile pour savoir s'il faut agrandir cet orifice, ou au contraire si ce dernier suffit à assurer l'écoulement des sécrétions venant de l'oreille moyenne.

Marche. Durée. Terminaison. — Nous avons suffisamment insisté, en décrivant les symptômes fonctionnels et objectifs, sur la marche de la maladie, pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici. Nous avons déjà dit que les symptômes généraux et locaux même s'apaisaient aussitôt le passage de la suppuration effectué; toutefois il n'est pas très rare de voir, après 2 ou 3 jours d'écoulement, les douleurs reparaitre, si le conduit est obstrué par des matières épidermiques, des sécrétions un peu épaisses, ou par le boursoufflement des lèvres de la plaie. Au contraire, si le pus s'écoule librement, les phénomènes douloureux disparaissent d'abord du côté de l'oreille, mais

ils persistent à la pression sur la pointe de l'apophyse mastoïde, pendant encore quelques jours (6 à 8 au maximum).

Lorsque l'écoulement a duré un certain nombre de jours qui, dans les cas habituels ne dépasse pas 15 à 20 jours, on voit peu à peu la sécrétion devenir d'abord plus épaisse, jaunâtre, mieux liée, moins abondante, puis peu à peu être muqueuse, filante comme du blanc d'œuf, et enfin cesser tout à fait. Les choses rentrent alors complètement dans l'ordre, la perforation tympanique se ferme, et peu à peu la membrane reprend son aspect normal, au point qu'il est très difficile, 1 mois ou 2 après, de reconnaître le point où s'est faite la perforation. L'ouïe elle-même, toujours altérée pendant la période de suppuration, graduellement revient à son état antérieur, normale très souvent, s'il s'est agi d'une lésion ayant son siège dans l'oreille elle-même. C'est là, on peut le dire, la terminaison habituelle des otites moyennes suppurées aiguës *a frigore* ou accidentelles, surtout si elles sont traitées d'une manière convenable. Dans les formes infectieuses au contraire, particulièrement dans les otites moyennes suppurées consécutives aux fièvres éruptives, à l'influenza, rougeole, scarlatine, typhus, etc., ou se produisant chez certains sujets débilités ou tarés, il n'est pas rare de voir la suppuration s'éterniser, les bords de la plaie s'ulcérer, cette dernière s'agrandir par conséquent. Ainsi se trouve constituée l'otorrhée chronique, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir plus tard.

Les récidives sont possibles, suivant que le point de départ a été accidentel, ou au contraire que l'état de la cavité naso-pharyngienne a favorisé l'éclosion de cette suppuration. Dans ces cas, tant que le naso-pharynx n'aura pas été traité convenablement, il sera impossible d'arriver à un résultat favorable et surtout définitif, du côté de l'oreille.

Diagnostic. — Le diagnostic, habituellement facile si l'on songe à examiner l'oreille, peut devenir extrêmement compliqué chez les jeunes enfants.

En effet, il ne faut généralement pas compter, dans ces cas, sur les renseignements qui peuvent être fournis par le malade ; les douleurs sont difficiles à délimiter ; de plus, les symptômes généraux qui accompagnent l'inflammation aiguë suppurée de l'oreille, dans les formes intenses, sont bien de nature à jeter le trouble dans l'esprit du médecin non prévenu et à faire penser à une affection tout autre que celle de l'oreille. L'accélération du pouls, l'élévation notable de la température, les vomissements fréquents, le délire même, les cris, l'agitation, souvent aussi les convulsions générales, font plutôt penser à une inflammation des méninges qu'à un simple abcès auriculaire. Ce n'est en général qu'au moment où se produit la détente par perforation tympanique et l'écoulement du pus que le diagnostic exact est posé. Il est rare, en effet, qu'avant l'apparition des symptômes dont nous venons de parler, on songe à examiner l'oreille et par conséquent à localiser, dans cette cavité, l'origine des troubles observés. Cependant, on serait d'autant plus autorisé à pratiquer cet examen que, d'après quelques auteurs, la pneumonie des nourrissons, accompagnée de symptômes convulsifs, serait très souvent compliquée d'une phlegmasie aiguë de l'oreille moyenne,

et d'irritation méningée. Steiner (cité par de Troeltsch) n'hésite pas à envisager comme une des causes principales de symptômes cérébraux, dans les cas de pneumonie dite cérébrale, la coexistence d'une otite suppurée. Cet auteur se base sur ce fait que, parmi bien des enfants de 5 à 10 ans observés par lui, et chez lesquels existaient des symptômes cérébraux, il vit ces phénomènes disparaître subitement dès que l'oreille commença à couler.

Ce que nous avons dit des rapports des méninges avec la caisse des enfants, nous explique l'existence de symptômes de compression ou d'irritation cérébrale observés dans le cours de l'otite moyenne aiguë chez cette catégorie de petits malades.

Toutefois, si les symptômes fonctionnels peuvent induire en erreur, par contre, l'examen objectif permet, en général, de déceler la nature de l'inflammation et par conséquent d'y porter un remède actif. Dans ces conditions, si, au cours d'une pneumonie, d'un rhumatisme, d'un érysipèle, angine, rhinite catarrhale, ou d'une fièvre éruptive, on constate l'apparition de troubles offrant l'apparence des lésions méningées avec douleur excessive, on devra songer à examiner l'état de l'ouïe, si la chose est possible, et dans tous les cas pratiquer l'examen direct de l'oreille, pour s'assurer que cette dernière n'est pas la cause de tous ces phénomènes inquiétants. Dans les cas douteux, nous recommandons aux praticiens peu familiarisés avec l'examen de l'oreille d'essayer l'emploi du procédé de Politzer (p. 522) qui, chez l'enfant, n'exige pas fatalement un mouvement de déglutition, parce que, d'une part, la petitesse de l'espace naso-pharyngien y rend plus facile la condensation de l'air, et ensuite parce que, les trompes étant plus larges et le conduit moins long, l'air projeté s'écoule plus facilement dans les oreilles que chez l'adulte. Après avoir pratiqué plusieurs insufflations assez énergiques, on peut s'assurer que l'air a pénétré dans les caisses, car très souvent l'enfant porte les mains vers le côté insufflé, à cause de la douleur qu'il éprouve à ce moment. Très souvent aussi, à la suite de l'insufflation, la température baisse, l'état général s'améliore et l'ouïe devient meilleure, au moins pendant quelques instants, ce qui permet de porter un pronostic moins sombre et de penser que c'est bien l'oreille qui est en cause.

Enfin, nous avons déjà dit que l'apparition de la suppuration déterminait la disparition des différents troubles généraux, éclairant ainsi un diagnostic incertain dans quelques cas.

Il faut donc être bien pénétré de l'importance qu'il y a à examiner l'organe auditif des enfants, dans le cours de la scarlatine, la variole, la diphtérie ou de toute inflammation aiguë des voies respiratoires supérieures. On se borne habituellement à regarder la gorge et le pharynx des malades, quelquefois leur nez, mais jamais leurs oreilles. C'est là une lacune regrettable d'après nous, parce que, trop souvent, des affections auriculaires reconnues et soignées à temps permettraient d'abord de porter un pronostic très net et souvent favorable dans des cas graves en apparence, et, d'un autre côté, une intervention rapide soulagerait les malades, et éviterait les accidents ultérieurs trop fréquents dans ces cas.

Pronostic. Complications. — Le pronostic de l'otite moyenne aiguë

suppurée peut être extrêmement variable : bénin dans la plupart des cas, surtout lorsque l'affection est traitée de bonne heure et d'une manière convenable, il peut chez certains enfants, particulièrement dans les deux ou trois premières années de la vie, devenir extrêmement grave, au point d'entraîner la mort, en produisant une des complications cérébrales très connues, telles que la méningite par propagation directe, la phlébite suppurée ou thrombose du sinus latéral, plus rarement l'abcès extra-dural, ou cérébral, près de l'oreille ou à distance. Nous avons même assisté, dans un cas, à l'évolution d'une méningite suraiguë consécutive à une otite moyenne dans laquelle la perforation tympanique n'a pu être faite d'une manière assez hâtive. Lorsque nous avons vu la petite malade (fillette de 5 ans), trois jours après les premières douleurs d'oreille, le tympan était bien rouge et boursoufflé et la caisse pleine de liquide ; mais, malheureusement, les méninges étaient déjà atteintes d'une manière si grave, que l'enfant succomba quelques heures après notre consultation, malgré la large perforation pratiquée au tympan. Il s'est agi, dans ce cas, d'une inflammation suraiguë infectieuse, ayant débuté par l'oreille moyenne et s'étant très rapidement propagée aux méninges sans produire la perforation spontanée de la membrane tympanique. D'autres fois, sans être aussi grave, le pronostic n'est cependant pas absolument favorable, puisque la maladie peut devenir chronique, et laisser alors la porte ouverte à toutes les complications qui accompagnent les suppurations de la caisse. Dans les formes infectieuses, particulièrement dans les otites moyennes suppurées consécutives à la scarlatine, à la rougeole, il n'est pas rare de voir se produire de très bonne heure des complications du côté de l'apophyse mastoïde, caractérisées, en général, par une ostéite diffuse de cette région, avec carie ou nécrose consécutive, le pus ne se faisant jour qu'assez tardivement à travers les parois osseuses, et venant infiltrer la région mastoïdienne.

Dans d'autres cas, l'affection laisse après elle des troubles persistants de l'ouïe. En effet, si les perforations du segment inférieur ou antérieur de la membrane tympanique n'altèrent généralement pas l'audition, les pertes de substance au niveau du segment postéro-supérieur peuvent, au contraire, laisser à leur suite des synéchies cicatricielles susceptibles d'entraver le jeu des osselets, et, par conséquent, d'altérer plus ou moins le fonctionnement de l'oreille. Bien plus, chez certains enfants, les nouveau-nés par exemple, une suppuration infectieuse des deux oreilles peut très bien occasionner des troubles de l'ouïe définitifs en devenant l'origine d'une surdi-mutité que trop souvent l'on attribue à toute autre cause ou que l'on dénomme congénitale. Dans ce cas, en effet, il peut arriver que les minces cloisons qui recouvrent les fenêtres ronde ou ovale s'ulcèrent, cèdent sous la pression du pus, que ce dernier pénètre dans le labyrinthe et détruise à jamais l'organe de l'audition.

Traitement. — Si l'on est appelé tout à fait au début, alors qu'il n'existe que de simples douleurs d'oreilles, le traitement dont nous avons parlé à propos de l'otite moyenne catarrhale simple doit être appliqué ici.

Toutefois, si les douleurs auriculaires sont très violentes, en dehors des

révulsifs mastoïdiens, fumigations nasales et auriculaires, il pourra être bon de recourir à des bains d'oreille chauds, faits avec de la décoction de feuilles de coca, et une tête de pavot, que l'on instillera dans le conduit, à plusieurs reprises, de manière à produire sur le tympan une véritable balnéation que l'on fera suivre de quelques gouttes de la solution suivante :

Acide phénique floconneux	0,50 à 0,50 centig.
Chlorhydrate de morphine	0,05 à 0,10 centig.
Sulfate d'atropine	0,01 à 0,05 centig.
Glycérine pure	10 grammes

Instiller deux fois par jour 5 à 6 gouttes dans l'oreille de l'enfant, après avoir bien séché le conduit avec de la ouate hydrophile ¹.

Les cataplasmes chauds, appliqués sur l'oreille ou tout autour, doivent être absolument proscrits, comme susceptibles d'infecter la région et de déterminer l'apparition de suppurations péri-auriculaires en ramollissant les tissus sur lesquels on les applique.

Lorsque les phénomènes douloureux persistent, que la surdité est prononcée, à plus forte raison s'il existe des phénomènes généraux, fièvre, céphalée, etc., le mieux sera encore de donner issue au liquide contenu dans la caisse, en faisant la paracentèse du tympan, de la manière que nous avons indiquée plus haut. Nous recommandons d'employer, au lieu du couteau lancéolaire habituel, une petite lame en forme de croissant, et dont le bord tranchant regarde vers la membrane tympanique (fig. 5). Une fois l'incision

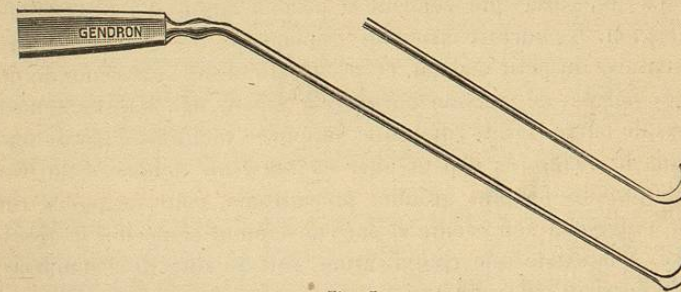


Fig. 5.

pratiquée, on fera, comme nous l'avons déjà recommandé, une injection d'eau tiède stérile dans le conduit, et au préalable une insufflation avec la poire de Politzer ou avec le cathéter, suivant les cas, de manière à bien vider la caisse de l'exsudat qu'elle pourrait contenir. Si la chose est possible, il sera bon d'aseptiser la région malade à l'aide d'un tampon de ouate imprégné de glycérine phéniquée au cinquième, ou d'alcool boriqué. Nous ne parlons pas d'injections faites par la trompe d'Eustache, procédé généralement très difficile à employer avec les enfants chez lesquels il faut souvent faire la myringotomie, sous la narcose du bromure d'éthyle ou autre agent

(¹) Les doses de morphine et d'atropine seront, cela va sans dire, graduées d'après l'âge des enfants, et l'intensité des phénomènes douloureux qu'il s'agira de combattre.

analogue qui, on le sait, procure un sommeil suffisant pour permettre de pratiquer cette petite intervention. La paracentèse a le mérite énorme non seulement de calmer immédiatement les douleurs, en donnant issue au contenu de la caisse, mais aussi de faire une perforation à bords nets, située dans un point déclive dont la cicatrisation ne laissera plus tard aucune trace susceptible d'altérer l'ouïe de l'enfant.

On prescrira également des injections tièdes qui, suivant l'abondance de l'écoulement, seront pratiquées deux ou trois fois par jour : un demi-litre d'eau bouillie tiède chaque fois, additionné soit d'alcool saturé d'acide borique (une grande cuillerée par demi-litre d'eau tiède), soit de bi-carbonate de soude, ou d'acide borique en poudre, une cuillère à café par demi-litre d'eau. Ces injections devront être faites assez doucement pour ne pas produire de traumatisme au niveau de la membrane tympanique, et simplement enlever du conduit les produits de sécrétion qui tendraient à s'y accumuler. Une fois l'injection terminée, il sera bon de sécher l'entrée de l'oreille et de la fermer avec un tampon de ouate aseptique qui, dans les premiers jours, sera simplement placé dans la conque de l'oreille pour recevoir l'écoulement qui se fait à cette période, et qui plus tard sera mis dans le méat, lorsque la suppuration sera devenue moins abondante. Le coton sera renouvelé, non seulement après chaque injection, mais plusieurs fois dans la journée, s'il est trop souillé de pus. Si la suppuration n'est pas trop abondante, on pourra aussi essayer d'emblée les pansements secs, tels que nous le recommandons plus loin (voir page 365) en parlant du traitement de l'otorrhée chronique.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à propos de l'examen du naso-pharynx, parce que pendant la période aiguë il est difficile d'agir sur cette région. Il pourrait être bon, cependant, de faire introduire dans les fosses nasales du petit malade, et cela matin et soir, gros comme un pois, dans chaque narine, de vaseline boriquée à 2 pour 15. Habituellement, s'il n'existe pas de fièvre, l'otite moyenne suppurée n'entraîne pas le séjour du malade dans la chambre; il peut aller et venir au dehors, à la condition toutefois de prendre les plus grandes précautions, pour ne pas se refroidir ou infecter à nouveau son oreille et par conséquent empêcher la guérison de se produire. S'il existe une complication, soit du côté de l'apophyse mastoïde ou du cerveau, elle sera traitée, bien entendu, par l'un des moyens appropriés, que nous décrirons plus tard, à la suite de l'otorrhée.

OTITES MOYENNES CHRONIQUES

I. — FORME HUMIDE.

Étiologie. — L'otite moyenne à forme humide succède habituellement à l'aiguë. Elle est ordinairement en rapport intime avec les altérations de la muqueuse naso-pharyngienne, qui, selon l'heureuse expression de Gellé, commande, en cette circonstance, toute la pathogénie du catarrhe auriculaire. Si l'on veut incriminer les différentes affections générales, telles que

la grippe, les fièvres catarrhales, l'état plus ou moins lymphatique ou scrofuleux des jeunes sujets, il faut reconnaître que ces différentes causes prédisposantes agissent surtout chez les enfants porteurs de lésions naso-pharyngiennes. L'hérédité joue également un rôle assez considérable dans l'étiologie de cette affection, en créant surtout une prédisposition naso-pharyngienne qui seule, à mon sens, fait naître la maladie et l'entretient dans sa forme chronique.

Symptômes. — Le premier symptôme qui devrait attirer l'attention, ce sont les troubles de l'ouïe. Malheureusement, nous avons dit combien ils étaient difficiles à apprécier chez les jeunes enfants, surtout lorsque la diminution ou la perte de l'audition portait sur une seule oreille. Les parents sont d'autant plus disposés à n'attacher aucune importance à cette surdité partielle que, souvent, elle est intermittente, variant beaucoup avec l'état de l'atmosphère. C'est ainsi que, d'une manière générale, par les temps humides, l'enfant entend moins bien que par les temps secs (froid ou chaud).

Pendant la mastication, l'ouïe est toujours plus ou moins diminuée, mais il est assez rare que l'on s'aperçoive du trouble apporté à l'audition par l'affection auriculaire, chez des enfants que l'on n'a guère l'habitude d'interroger ou d'examiner à ce point de vue, pendant les repas. Les instituteurs dans les écoles s'aperçoivent bien qu'une série de leurs petits auditeurs sont étourdis, volages, turbulents, mais habituellement ils attribuent à l'indolence ou à la paresse des phénomènes liés, en réalité, à une altération de l'ouïe. Si l'on interroge les enfants, on apprend qu'ils éprouvent des bourdonnements ressemblant en général au bruit d'un coquillage appuyé sur l'oreille, au bruit de l'eau qui va bouillir ou à celui de la mer. Ces bourdonnements, ainsi que la surdité, diminuent quelquefois pendant l'action de se moucher, si l'air pénètre dans la caisse, ce qui rétablit, ou tout au moins améliore, pendant quelques instants ou quelques jours, l'audition de l'enfant. La voix des petits malades est plus ou moins altérée dans son timbre, et ce phénomène est d'autant plus prononcé que la faculté auditive est plus compromise.

L'examen à la montre et au diapason, lorsqu'il est possible (au-dessus d'un certain âge), donne les résultats suivants : la perception crânienne est conservée dans toutes les régions, bien que le tic-tac de la montre ne soit perçu par la voie aérienne qu'à quelques centimètres, parfois même seulement au contact. Le diapason vertex est latéralisé du côté le plus malade, si les deux oreilles sont atteintes, ou du côté atteint si une seule est malade. L'expérience de Rinne (voir page 320) donne un résultat franchement négatif. En un mot, tous les signes fonctionnels concordent d'une manière très précise pour démontrer l'intégrité de l'oreille interne, et l'existence d'une lésion occupant l'appareil de conduction du son.

Dans quelques cas, graves cependant, lorsque le gonflement de la muqueuse de l'oreille moyenne est très prononcé, ou qu'un exsudat liquide comprime fortement les fenêtres, il peut arriver que les réactions fonctionnelles fassent penser à une altération profonde, alors qu'en réalité la cause première siège dans la caisse.